SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 42 minutos)

La Comisión de Salud Pública del Senado da la bienvenida a los representantes de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles (REM), quienes concurren a fin de dar su opinión con relación al planteamiento realizado por el Ministerio de Salud Pública para la integración de las emergencias móviles al Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR MUNIZ.- Ante todo, quiero agradecer a los integrantes de la Comisión por la gentileza de recibirnos una vez más. Hace aproximadamente un año estuvimos en este mismo ámbito cuando estaba en discusión el proyecto que luego se transformó en la Ley Nº 18.211, por la cual se creó el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Ya en aquel momento planteamos nuestra preocupación con relación a que no se tenía claro qué papel iban a cumplir los servicios de emergencia móvil en el nuevo Sistema. Si bien en la mencionada ley quedó definido que los efectores integrales –o sea, las instituciones de asistencia médica colectiva– debían brindar las prestaciones de emergencia médica móvil –así lo expresa el artículo 46– no ha surgido en todo este tiempo un ámbito en el Ministerio de Salud Pública como para poder discutir con fuerza –por decirlo de alguna manera– en torno a ese punto. Durante todo este proceso continuamos insistiendo con la posibilidad de crear esos ámbitos de discusión con el Ministerio de Salud Pública, manteniendo reuniones incluso con las cámaras empresariales para buscar generar un ámbito en común. Esta situación se pudo concretar el día 11 de agosto a partir de una citación de la JUNASA, con la participación del economista Daniel Olesker, la Cámara de Emergencias Móviles, las empresas del interior que no integran la Cámara –como son 1727, UCAR y Emergencia Uno– y nosotros, como trabajadores del sector. En esa reunión de instalación se crearon grupos de trabajo para discutir en torno a cómo se iba a implementar, a partir del 1º de enero de 2009, la Clave 1 para los servicios de emergencias móviles que debían dar las instituciones de asistencia médica colectiva. A esos efectos, se crearon tres grupos: uno técnico, uno operativo –estos dos terminaron fusionándose– y uno económico, que definiría el precio que debía abonarse por la Clave 1. El Ministerio presentó luego un cálculo que había hecho aplicando la economía a escala que iba de $ 31 a $ 53, y los grupos operativo y técnico discutirían el alcance y la operatividad de estos servicios. Además, el grupo técnico tendría que definir qué servicios iban a incluirse en definitiva dentro de la Clave 1. En esa reunión, las empresas, el Ministerio y los trabajadores nombraron sus representantes, quienes en los días siguientes trabajarían en cada uno de los grupos. Lo que sucedió fue que solamente se produjo una instancia, una sola reunión, el día 9 de setiembre, y nunca más se dio otra oportunidad, por lo que no se ha podido avanzar en la discusión y llegar a algún acuerdo. Hemos expresado ante el Ministerio de Salud Pública que consideramos necesario que estos ámbitos continúen funcionando, pero no nos han convocado para ninguna reunión. Cabe destacar que el martes 18 de noviembre logramos que se diera una nueva instancia con el economista Olesker, en la que participó una delegación integrada por compañeros del sector acompañados por el Secretario General de la Federación Uruguaya de la Salud, donde se planteó nuestra preocupación. Hoy nos vemos en la obligación de reiterar lo que ya manifestamos hace un año en las distintas Comisiones del Parlamento, en el sentido de que las empresas siguen diciendo que solamente el pago de la Clave 1 implicaría que se llevara a cabo una disminución del 75% de los puestos asistenciales del sector. Hay que tener en cuenta que estamos hablando de un sector que nuclea a alrededor de 5.000 trabajadores.

En consecuencia, en la actualidad nuestra incertidumbre es mayor, puesto que en esa única reunión que se llevó a cabo el 9 de setiembre, las dudas que dejó planteadas el Ministerio de Salud Pública aumentaron las que ya teníamos. Quizás eso sea el resultado del desconocimiento de la operatividad del sector, y eso nos llama la atención porque algunos de los representantes del Ministerio de Salud Pública, que dieron su opinión sobre la forma en que debía llevarse a cabo el servicio de las emergencias móviles, eran médicos que habían trabajado en las empresas en que nosotros lo hacemos. Además, luego de que tanto nosotros como la Cámara patronal planteáramos serias preguntas respecto a las responsabilidades legales, el Ministerio no supo dar respuesta. En ese sentido, vamos a plantear a los señores Senadores la misma situación que se esbozó en dicha oportunidad. En la reunión mencionada y respecto a qué casos deberían definirse como Clave 1, se puso el ejemplo de qué hacer con un llamado que salía con esa Clave –y que por tanto se asignaba al servicio de emergencia móvil– y que al llegar al domicilio se constataba que la situación no correspondía. Ante esto, la respuesta de los representantes del Ministerio de Salud Pública fue que la emergencia debía retirarse y decirle al paciente que llamara a su prestador integral. Fue así que nosotros planteamos el supuesto, quizás grotesco pero que sucede y que vivimos a diario quienes estamos trabajando en la calle, de que tuviéramos que dar esa respuesta ante un llamado del barrio Borro a las tres de la madrugada. Como los señores Senadores podrán imaginar, si en esa situación el personal

asistencial planteara que no va a atender al socio, correría un gran riesgo. Por otro lado, también preguntamos cuáles serían las responsabilidades legales, pero los representantes del Ministerio nos dijeron que no tenían una respuesta.

Ante este escenario, nuestras incertidumbres son cada vez mayores y sentimos que el Ministerio está siendo muy débil en sus propuestas. Nosotros dijimos que estábamos dispuestos a discutir y a intentar alcanzar los máximos acuerdos posibles, priorizando la estabilidad laboral y manteniendo los puestos de trabajo.

Por lo tanto, en la última instancia en que nos reunimos con el economista Olesker, tratamos de dejar una puerta abierta. Acordamos remitirle una nota –que, en realidad, terminamos de elaborar anoche y vamos a enviar en la mañana de hoy– en la que formulamos dos planteos: con respecto a la Clave 1, diferir la entrada en vigencia para que no sea a partir del 1º de enero, y reinstalar inmediatamente los grupos de trabajo para discutir esta temática. Los objetivos que se plantearon en ese ámbito al instalarse la mesa de negociación el 11 de agosto, fijaban como plazo límite para llegar a los acuerdos el 30 de setiembre, pero se llevó a cabo una sola reunión en el correr de estos tres meses. En consecuencia, el objetivo que se buscaba no se alcanzó y no podemos decir que es posible llegar a un acuerdo en ese sentido.

Por otro lado, teniendo en cuenta la fecha en que estamos, los plazos no alcanzan para acordar rápidamente esta temática. Por ello planteamos que este tema quede diferido en el tiempo y se instale nuevamente un ámbito de negociación, donde realmente se generen la discusión y el análisis, y se logren los mejores acuerdos posibles.

El segundo elemento que nos preocupa y entendemos está relacionado con este tema, es el Decreto Nº 309/008 del Ministerio de Salud Pública, que regula los servicios de emergencia médica y, de alguna forma, agrega elementos que, a nuestro juicio, generan incertidumbre sobre la pérdida de puestos de trabajo. Además, no se tiene en cuenta la diferencia entre la realidad de Montevideo y la del interior. Por ejemplo, en el Decreto se dice que para el servicio de emergencia real de la Clave 1, las empresas de emergencia móvil deben tener estructuras asistenciales con equipos de tres integrantes. Nosotros estamos totalmente de acuerdo con eso y nos parece correcto. Ahora bien, en el interior, más que en Montevideo –aunque aquí, algunas de las empresas grandes también tienen esa estructura– tenemos estructuras asistenciales con equipos de dos personas: enfermero - chofer y médico. Sin embargo, nos parece que el impacto es mayor en el interior, en función de que muchas veces las empresas que allí trabajan tienen estructuras asistenciales con médico y chofer.

Si bien a principios de este año, cuando el Decreto todavía estaba en la etapa de borrador, los representantes del Ministerio nos expresaron que esto era exclusivamente para la estructura que atendiera la emergencia –es decir la Clave 1– la norma no marca que pueda existir otro tipo de estructuras asistenciales en las empresas con equipos de dos integrantes. Esto permitiría que las empresas, a los efectos de cumplir con el Decreto, no generen reestructuras que pongan en riesgo los puestos de trabajo de los compañeros o, inclusive, provoquen la disminución de sus niveles salariales.

Asimismo, en función de lo que decíamos hace un momento, planteamos que se debería estudiar el impacto del Decreto en el interior. La mayoría de las estructuras en las empresas del interior están basadas en equipos asistenciales de dos integrantes, mayoritariamente chofer y médico, y no enfermero, chofer y médico.

El tercer elemento que manejamos es el siguiente. En el Decreto se habla del chofer, pero según lo que está estipulado en el laudo de la salud, éste debe ser un conductor especializado y, para ello, las empresas deben brindar cursos de capacitación técnica, a los efectos de que sea un integrante más del equipo asistencial, preparado y capacitado técnicamente para enfrentar las situaciones límite.

El otro elemento a tener en cuenta es que, si bien siempre planteamos que este sector nunca fue bien regulado y debía empezar a serlo –para nosotros este Decreto es un primer paso en ese sentido y debemos seguir profundizando en él– también hay que exigir los controles necesarios para que el Decreto se cumpla. Hoy existen empresas en Montevideo que cierran bases de salida y que no cumplen con algunos de los artículos del Decreto, que establecen que una unidad debe estar a una distancia máxima de quince minutos para poder llegar en tiempo y forma a atender a un paciente. Por ejemplo, la empresa en la que nosotros trabajamos cerró una base que tenía desde hace muchos años en la zona del Cerrito y nos

envía a atender pacientes a Toledo Chico con estructuras asistenciales que salen desde la base de Tres Cruces; de esa manera, es imposible llegar al lugar donde ocurre una situación límite en los quince minutos que estipula el Reglamento.

A nuestro juicio, el Reglamento no tiene contradicciones, pero sí elementos en los que deberían ajustarse mucho más los controles para que las empresas cumplan realmente con todos los puntos regulados en el articulado del Decreto y no solamente con los que las favorecen. Reitero que, sobre la base de lo que establece el Decreto sobre los equipos asistenciales, algunas intentan hacer reestructuras del personal y ponen en riesgo los puestos asistenciales de varios compañeros, como por ejemplo el de los enfermeros–choferes.

Nuestra gran preocupación radica en que no existen garantías de que este proceso no afecte los puestos de trabajo del sector. Reitero que lo decíamos hace más de un año en distintas Comisiones del Parlamento y creemos que eso aún tiene vigencia, porque las empresas siguen jugando a que el cobro de la Clave 1 generaría la pérdida de puestos de trabajo. Hace un año entregamos a la Comisión la copia de un trabajo que habíamos elaborado sobre cómo pensábamos que debían prestarse este tipo de servicios que, básicamente, constituyen la atención extrahospitalaria. Además, en función de que ahora el Ministerio de Salud Pública habilitó a las empresas a pagar la Clave 1 y a que el resto de los servicios pueden ser contratados por el usuario, advertimos que, aunque pensábamos que seguiría siendo más de lo mismo, el espíritu de la reforma de la salud se sigue cumpliendo en ese sentido. Por ejemplo, si una emergencia móvil equis recibe una cápita de $ 60 por un socio y la cuota promedio del sector hoy asciende a $ 200, para recibir el resto de los servicios, es decir, la atención de urgencia, de radio o en policlínica, ese socio contratará con la misma empresa, pero ésta no le bajará la cuota, no le descontará los $ 60 que cobra por el FONASA, sino que le mantendrá el precio. Por lo tanto, si recibía $ 200 por un socio, hoy percibirá $ 260, por lo que su economía va a aumentar. Además, se debe tener en cuenta que su economía se vio mejorada cuando la reforma tributaria le disminuyó los aportes patronales al 50%. Las instituciones no tienen exoneración de aportes patronales porque no son las IAMC, pero ahora pagan el 7,5% de aporte patronal.

De modo que, a nuestro juicio, lo que sugieren las empresas genera incertidumbre porque están haciendo un juego que atenta contra los puestos de trabajo y, además, el Ministerio de Salud Pública nos generan enormes dudas con sus planteos, porque no tienen claras algunas de las respuestas. Además, el grupo de trabajo que logramos crear el 11 de agosto se reunió una sola vez y no tuvo el efecto que buscábamos para analizar la situación, por lo que hoy estamos igual que hace un año, es decir, tenemos la misma incertidumbre y los puestos de trabajo corren igual riesgo.

Esta es la situación que queríamos dar a conocer a la Comisión, pero también deseamos señalar que el próximo martes tendremos una nueva instancia con la Comisión de Legislación del Trabajo de la Cámara de Representantes para abordar la misma temática. Ahora esperamos la respuesta del Ministerio de Salud Pública respecto a las dos solicitudes: suspender el Decreto Nº 309/008 a los efectos de rediscutir algunos temas, y diferir en el tiempo la implementación de la Clave 1. Estas dos cuestiones van enrabadas, porque hasta que no se acuerde en qué situación vamos a estar con respecto a la Clave 1 o cómo se insertarán estos servicios, no podemos entrar en la reglamentación por medio del Decreto.

De mi parte, nada más.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como sabrán, la Comisión de Salud Pública del Senado y la respectiva de la Cámara de Representantes estuvieron trabajando en el tema de las emergencias móviles. Incluso, mantuvimos reuniones en el ámbito del Ministerio de Salud Pública porque veíamos ciertos riesgos en la implementación solamente de la Clave 1, ya que de acuerdo con lo que planteaba el señor Muniz, es muy problemático y difícil determinar, a través del teléfono, si se está frente a una Clave 1 o no, y eso genera una incertidumbre muy grande. Seguramente se prestarán muchas coberturas que no serán Clave 1, porque ante la duda siempre se va a tomar esa opción.

De modo que la fecha del 1º de enero fue manejada por esta Comisión y por los Diputados que trabajaron sobre este tema, y ahora ustedes proponen una postergación a los efectos de abrir un cauce de negociación que, desde mi punto de vista, es absolutamente razonable. Lo que no me queda claro –se lo pregunto al señor Muniz- es por qué la implementación de la Clave 1, como parcialización de la cobertura de las emergencias móviles, generaría pérdida de puestos de trabajo.

SEÑOR MUNIZ.- Eso no lo decimos nosotros, sino las empresas y consta en la versión taquigráfica de las Comisiones del Parlamento. Los representantes de las empresas manifestaron claramente que para ellos el pago de la Clave 1 generaría pérdida de puestos de trabajo y hablaron de un 75%.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Por el costo?

SEÑOR MUNIZ.- Exactamente. Sin embargo, nosotros pensamos de forma diferente. El espíritu del Sistema Nacional Integrado de Salud era contar con una mayor universalidad en la asistencia a toda la población y, por tanto, consideramos que se van a crear puestos de trabajo.

Como recién decía –realizamos análisis en forma permanente- una estrategia de parte de las empresas es tratar de presionar, manifestando que si se paga solamente la Clave 1, se van a generar pérdidas de puestos de trabajo y así buscan obtener un mayor precio. Su verdadero interés es estar fuera del sistema y continuar trabajando de la forma en que lo vienen haciendo: siendo empresas con fines de lucro y con libre contratación. Además, se trata de un sector que no es regulado económicamente por el Ministerio de Salud Pública.

Reitero que consideramos que si la atención extrahospitalaria se incluye dentro de las prestaciones que establece la ley -se abarcaría a una mayor cantidad de la población del país y se contaría con una regionalización-, para nosotros se van a generar puestos de trabajo y no pérdidas, lo que es una posición totalmente diferente a la que sostienen las empresas.

SEÑOR RISSO.- Simplemente quisiera trasmitir el punto de vista de los trabajadores de esas empresas que, con el correr del tiempo, se fueron transformando y ofreciendo distintas ofertas en el mercado. Como bien decía el compañero Muniz, existe una desregulación, porque las empresas no están reguladas económica ni funcionalmente. Incluso hay empresas que mediante la propaganda no ofrecen asistencia de emergencia, sino servicio odontológico, ginecológico y psicológico. Por tanto, puede decirse que las empresas se van transformando, desvirtuando el fin para el cual fueron creadas, que era la asistencia de emergencias. Si cualquiera de ustedes, ante un problema de salud de un familiar o personal, necesita recurrir a una emergencia, piensan en llamar a la Coronaria, que fue la primera emergencia móvil, aunque se llame a otra empresa como ser el SEMM o el SUAT. Sin embargo, estas empresas están fuera de cualquier sistema de salud, aunque brindan una asistencia de salud que, a esta altura, entendemos que es imprescindible. En definitiva, se trata de empresas que dan un buen servicio, y no quisiera decir que “lo daban”. Hago ese comentario porque con las transformaciones hay cosas que a veces no se calculan, y creemos que ahora se está deteriorando la asistencia que se le brinda al usuario. Se habla de que todas estas empresas realizan 1:800.000 asistencias en el año y, además, se dice que se las va a integrar al Sistema Nacional Integrado de Salud sólo como se ofrece ahora y como se está planteando, es decir, en la Clave 1. Como bien dijo el señor Senador, es muy difícil integrar este tipo de empresas a la Clave 1, porque por algo decimos que estos servicios que se han creado, que forman parte de la realidad y que no se van a poder desconocer, deberían integrarse de manera completa. Pero los empresarios los quieren tener por fuera y esta ley también los deja así, porque todos los servicios que brindan y que no pertenecen a la Clave 1 –policlínica, etcétera– quedan afuera. Por lo tanto, los ofrecerán en el mercado y podrán seguir inventando productos y continuar transformándose en algo que no era el cometido original de estas empresas.

Nuestra preocupación es que no se integraron al Sistema y ello puede deberse a que no hay dinero para hacerlo, porque se habla de que van a pagar $ 56 o $ 60. Creo que si se integraran todas las empresas, quizás habría que quitar una parte de la cápita que les corresponde a las IAMC -por atención de radio, policlínica, etcétera– para volcarla a las empresas de emergencia móvil, pero al día de hoy esto no está planteado. Para hablar de integración y de complementación de estas empresas al Sistema, por supuesto que habría que pagar, pero ¿con qué plata? El déficit que tienen las mutualistas en el Sistema por servicios mal ofrecidos, lo cubren estas empresas. El problema que tienen las empresas es cuánto van a cobrar por el servicio que van a dar. Se buscan ejemplos en acuerdos existentes –son casi planes pilotos– que ciertas empresas realizan con determinadas IAMC y cobran un dinero por brindar la Clave 1 para los socios. Cuando se quiso negociar, en esa única posibilidad que hubo con el Ministerio de Salud Pública, a través de la Comisión de Operativa y Técnica, las empresas pretendían acotar lo más posible los dieciséis criterios existentes para la asistencia de la Clave 1. Entonces, me pregunto qué servicios van a prestar por la Clave 1. A pocos días del 1º de enero, nadie sabe –no se ha dejado claro por parte del Ministerio de Salud Pública– cuál será la prestación por la Clave 1. Reitero que nadie lo sabe porque no hubo claridad

por parte del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, están negociando por $ 40 o $ 60 qué es lo que le pueden brindar a la gente. Esto, a nuestro juicio, es grave.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero saber si lo que muestra el señor Risso es una propuesta.

SEÑOR RISSO.- No, se trata de un acuerdo empresarial entre la empresa UCM y el SMI, donde este último contrata a la UCM por una cifra equis –no sabemos cuál es el monto, porque no estamos en la parte administrativa– por el servicio que le presta al socio de SMI, solo por la Clave 1. Si la persona sufre un dolor de cabeza o de estómago, presenta una alergia, quiere controlarse la presión o, en fin, tantas otras cosas que hacen las emergencias móviles y que no son Clave 1, no se la atendería. Por este convenio el servicio lo tendrá que brindar el SMI, pero si eso no sucede, la unidad coronaria no concurrirá. Ahí está, entonces, ese rango terrible de cuándo el caso es Clave 1 y cuándo se puede transformar, precisamente, en Clave 1. Digo esto porque una persona, por ejemplo, puede comunicar por teléfono que el afectado está un poco mareado y, en ese caso, se le dirá que llame a su mutualista –al SMI, al CASMU, etcétera– porque el mareo no es algo grave. Pero la persona que se comunica no tiene la capacidad de discernir si la situación es grave o no y puede suceder que a los diez minutos ese mareo se transforme en una pérdida de conocimiento. Aquí hay que tener en cuenta la pérdida de tiempo resultante en atender a la persona afectada; la situación puede transformarse en una Clave 1, pero mientras, se pierde tiempo porque la persona que se comunica no tiene claro a dónde debe llamar. Imagínense la distorsión derivada de no saber a quién, a dónde, cuándo y por qué casos hay que llamar.

Entonces, esta situación es de incertidumbre para nosotros y se origina en algo que no está claramente planteado y resuelto. Pensamos que para esto hay que integrar todas las prestaciones de las emergencias móviles al sistema, pero eso no se plantea porque no hay plata, porque a las empresas no les interesa y porque no se pueden librar de toda esa parte empresarial y decir “Bueno, compito y capto más socios a cualquier precio”, porque el mercado es el que marca el precio entre ellos. Como se decía anteriormente, si hoy cobran $ 260 por cuota, piensan por qué van a bajar el precio: si les dan $ 60 por Clave 1, entonces serían $ 60, más $ 260. Pero mientras tanto nos dicen a nosotros: “Se nos viene una reestructura”.

Cabe acotar que ya empezaron las reestructuras en cada empresa, a pesar de que aún no se puso en práctica el sistema, no se sabe cuánto van a cobrar ni qué prestación se va a dar. Esas reestructuras las pagamos los trabajadores, con pérdida de fuentes de trabajo y con cierre de horarios y de ambulancias.

En consecuencia, estamos, repito, en una situación de incertidumbre terrible. Parece ser que hace más de un año eran visionarios los compañeros que vinieron aquí a plantear nuestras propuestas en el sentido de que queríamos que esto se integrara a todo el sistema y que se discutiera para que existiera seguridad en los puestos de trabajo y en las condiciones laborales y salariales. Nadie los escuchó, los documentos quedaron por allí y hoy el Ministerio de Salud Pública emitió un documento por el que, como decía nuestro compañero anteriormente, se nos generan riesgos e incertidumbres no solo por toda la situación que detallamos, sino también porque, a su vez, establecen aspectos concretos que implican riesgos en nuestros puestos de trabajo. Me refiero, por ejemplo, a cuando se determina que nuestros cargos de enfermeros pueden ser ejercidos por practicantes. La ley dice que los practicantes pueden cubrir el servicio en la ambulancia, en lugar de un enfermero y después, más abajo, eso se contradice cuando se establece que deben tener experiencia porque, evidentemente, estamos hablando de asistencia y de personal capacitado para la emergencia. Entonces, de esta manera se habilita a los practicantes, que están totalmente desregulados en cuanto al laudo y al salario. Señalo que los practicantes ya están en las empresas, donde se los está haciendo trabajar en múltiples tareas, ya sea como enfermeros, como practicantes, como médicos o como administrativos, pagándoseles por hora. Esa gente está allí en otras condiciones y hoy la ley da la potestad de ponerlos a trabajar en las ambulancias.

Se trata, pues, de una sumatoria de situaciones de inseguridad en cuanto a lo asistencial y a lo laboral para los trabajadores. Existe una complementación dentro de estas empresas, que son diferentes al mutualismo pero que brindan servicios buenos y esenciales. Precisamente, nadie está brindando estos servicios por ellas, así que están ahí, los tienen que seguir prestando y consideramos que, además, hay que mejorarlos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero señalar que la delegación ha expuesto el tema en forma muy clara y lo hemos entendido a la perfección, pero hay algunos señores Senadores que desean plantear algunas

inquietudes y dudas y creo que es el momento para hacerlo.

SEÑOR ANTÍA.- Me gustaría saber en cuánto está fijada la cápita.

SEÑOR MUNIZ.- El Ministerio de Salud Pública realizó un estudio para definirla y está en el entorno de los $ 31 a $ 53, según la economía de escala, pero no está claro. Las empresas involucradas no estaban de acuerdo con esta suma y enviaron una nota a dicha Cartera en la cual proponían $ 120 por la Clave 1.

SEÑOR ANTÍA.- ¿Esto lo paga el Ministerio de Salud Pública o las mutualistas?

SEÑOR MUNIZ.- Justamente, este es otro elemento que tal vez no quedó claro en la exposición que realizó mi compañero. El Fondo o la Junta Nacional de Salud son los que pagan la cápita por intermedio del prestador integral. Esto significa que cada empresa de emergencia móvil va a cobrar determinada cápita por la cantidad de afiliados que haya distribuidos por institución de asistencia médica colectiva. El riesgo de esto –nosotros lo hemos planteado hace tiempo- es que como no tenemos la garantía de que el prestador integral vuelque el dinero por ese pago de cápita al servicio de emergencia móvil, puede ocurrir que nuestro salario quede como rehén de la situación.

Si los señores Senadores me lo permiten, quisiera ampliar la exposición que realizó mi compañero hace un momento cuando se refirió a los grupos que se crearon en el Ministerio de Salud Pública: el Grupo Técnico y el Grupo Operativo. La tarea del Grupo Técnico era determinar una serie de patologías que podían definirse como Clave 1. Tanto el Ministerio de Salud Pública como las empresas, reitero, tenían que determinar estas patologías que podían ir desde un dolor abdominal importante, hasta un paro cardiorrespiratorio. Obviamente, la posición de las empresas era acotarlas al mínimo, a los efectos de aumentar la capacidad del usuario para contratar el resto de los servicios. Este es otro elemento que quedó sin acuerdo.

SEÑOR VAILLANT.- Este tema es preocupante y mucho más complejo de lo que se puede detectar en esta reunión.

Las emergencias surgen a raíz de las carencias del sistema mutual en esta materia. El servicio de emergencia de las mutualistas era claramente deficitario e inoperante, entre otras cosas, por la superposición de funciones. De esta manera, surge una oferta que es captada por las emergencias móviles, que se especializaron en este tema y le ofrecieron al usuario lo que su propia mutualista no le podía brindar. Digo esto porque en ese entonces era habitual que la persona llamara solicitando el servicio de emergencia de la mutualista y tuviera una espera de cuatro horas. A partir del surgimiento de las emergencias, el usuario que tiene contratado dicho servicio recibe asistencia en un lapso de tiempo mucho más acotado. Justamente en esto se basa el éxito del sistema. Insisto en que el servicio de emergencia surge porque no estaba bien prestado por las mutualistas. Dicha propuesta empresarial siguió creciendo porque se fueron descubriendo nuevos nichos de actividad que no eran exclusivamente de emergencia. Concretamente dicho servicio se extendió y con el pago de una cuota significativamente menor permitió que personas que no podían acceder al mutualismo pudieran tener la posibilidad de utilizar determinados servicios como, por ejemplo la atención en policlínicas. Esta es la historia, pero cambia a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, porque una gran cantidad de gente que antes no accedía al sistema mutual ahora sí lo hace. Simplemente pensemos que de alrededor de 700.000 personas, que creo eran las que estaban cubiertas a través del sistema mutual por DISSE, pasamos a cerca de 1:200.000 ó 1:300.000. Esto significa un traslado de quienes antes no accedían al sistema mutual y que, por tanto, la alternativa que tenían pasaba por pagar la cuota de la emergencia móvil, no para cubrir la urgencia sino la policlínica. Al tener cobertura mutual, no tienen la necesidad de seguir contratando la emergencia; estoy hablando de aquellos que la habían contratado por los sistemas extrahospitalarios. Eso, naturalmente, iba a ser así y lo vimos con el nuevo sistema. Entonces, frente a un tema complejo, la propuesta que les he escuchado a nuestros invitados no es tampoco una solución. ¿Por qué? Porque la situación de las mutualistas es diferente y hay instituciones que tienen un buen servicio extrahospitalario, de policlínicas, y otras no tanto. Lógicamente, este servicio está en los costos de algunas mutualistas y no de otras, lo que, incluso, hace que la gente elija una mutualista u otra. Por ello, la propuesta de defender los puestos de trabajo dando a las emergencias móviles la actividad extrahospitalaria y ampliando el marco de las emergencias, para algunas mutualistas significaría la pérdida de puestos de trabajo, porque no tendría sentido que mantuvieran sus policlínicas si existe la obligación de brindar el sistema extrahospitalario a través de aquéllas. O sea, se genera un problema nuevo que debe merecer nuestra atención, pero considero que es mucho más complejo del que nos podemos plantear en esta reunión.

Si la propuesta fuera que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que brindan servicios en el Sistema Nacional Integrado de Salud debieran contratar la Clave 1 y todo el servicio de policlínica que puedan tener las emergencias móviles, insisto, en términos reales significaría que muchas de ellas tendrían que cerrar sus policlínicas. De lo contrario, estarían duplicando sus costos o quedarían en una situación de desventaja frente a las instituciones que no tienen el mismo servicio. Es decir, a la mutualista que no tiene un servicio de policlínica extrahospitalaria le va a resultar lógico, conveniente y necesario contratar una emergencia móvil para que lo brinde. Ahora bien; puede suceder que una institución tenga un servicio similar que sea mejor al que se brinda a través de cualquiera de las emergencias móviles. Entonces, repito, esa mutualista vería duplicados sus costos porque tendría que atender el sistema de policlínica y, además, pagar el correspondiente a las emergencias.

Señor Presidente: con esto no quise proponer una solución porque, además, no nos corresponde, sino escuchar lo que nos han planteado nuestros invitados y manifestar que, naturalmente, estamos preocupados por este tema, que no es fácil ni sencillo. De todas maneras, creí importante hacer algunas aclaraciones porque, de lo contrario, el tema puede parecer mucho más simple de lo que realmente es. Y si nos equivocamos en el diagnóstico y tratamos de ver con simpleza este tema, seguramente, las soluciones que se implementen no van a contemplar las aspiraciones de nuestros invitados.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Senador Vaillant ha hecho un planteo que puede ser compartido o no. Además, el objetivo no es iniciar una discusión en este ámbito, ya que no es resolutivo. En lo personal, comparto la iniciativa y la preocupación de nuestros invitados en cuanto al pedido de postergación, de manera de habilitar un ámbito donde se puedan intercambiar ideas sobre este tema, que es muy delicado, crítico y que puede desmoronar algo que está funcionando bien, sin lograrse un beneficio acorde a lo que se busca.

SEÑOR MUNIZ.- Entiendo el planteo del señor Senador Vaillant y podemos llegar a compartir muchos de los argumentos que esgrimió. De todas formas, es bueno aclarar que esta es la propuesta que traemos a consideración de los señores Senadores –que también entregamos al señor Senador Vaillant en una entrevista que mantuvimos el año pasado– pero no significa que tengamos la razón absoluta.

Por otro lado, quiero aclarar que estamos dispuestos a discutir todos los aspectos y que también hablamos de la complementación de servicios entre el prestador integral y nosotros. En este tema ya existen experiencias de funcionamiento anteriores a esta Ley. En ese sentido, hubo contrataciones y complementación de servicios entre emergencias móviles y mutualistas, por medio de las cuales los socios del prestador integral se atendían en las policlínicas de aquéllas. Es por esa razón que puede ser discutible si va a haber, o no, pérdida de puestos de trabajo, pero básicamente, el problema radica en el tema de la complementación de los servicios.

SEÑOR ANTÍA.- Me gustaría saber cómo entran en este juego los casos de emergencia como, por ejemplo, los accidentes de tránsito.

SEÑOR MUNIZ.- En ese caso, actúa lo que hoy es el Servicio 911. La Cámara de Emergencias tiene un servicio que atiende el 911, pero es independiente de lo que se define aquí como Clave 1. En ese sentido, la posición de la Cámara es que se paguen las dos cosas de la misma manera. Al respecto, deseo aclarar que actualmente no se paga.

SEÑOR ANTÍA.- ¿Ese sería el servicio de emergencia que se suspendería a partir de enero?

SEÑOR FITTIPALDI.- Según la Cámara de Emergencias Móviles, si no se llega a un acuerdo económico, ese servicio se suspendería a partir del 1º de enero. Un dato no menor es que actualmente no está regularizado quién va a tomar las llamadas de emergencia; no se sabe si el servicio lo va a brindar el prestador integral o la emergencia móvil a través del *call center*. Es decir que ni siquiera se ha resuelto el aspecto principal que es el de la llamada telefónica.

SEÑOR ANTÍA.- Para finalizar quiero hacer una apreciación personal que no tiene por qué ser compartida por el resto de los integrantes de la Comisión.

En ocasión de discutir este proyecto, nosotros alertamos acerca de que el tema de las emergencias no estaba incluido; no se había visualizado su importancia y tampoco se habían estudiado los números. Como eso no se hizo al inicio, con la financiación actual no hay de dónde sacar recursos y hay que apretar abajo, lo que va en desmedro del servicio. Creo que cuando se elaboró el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud hubo un error de percepción y, reitero, nosotros alertamos sobre este tema así como también sobre la atención primaria y el aporte que realizan las policlínicas municipales, aspecto que tampoco fue tenido en cuenta. Insisto en este punto porque estimo que son temas que se van a ir complicando.

En lo que tiene que ver con la cuestión específica de las emergencias, pienso que el hecho de no haberse previsto una presupuestación inicial en el Sistema Nacional Integrado de Salud, va en desmedro de la calidad de atención; como dije, se va a apretar abajo y va a haber pérdida de servicios.

Repito, mi opinión personal es que hubo un error en la implementación de este plan y es así que hoy vemos cómo empiezan a surgir problemas y a hacer agua por distintos lados.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero aclarar que el señor Senador Antía ha dado una posición estrictamente personal y, aunque tiene el derecho a hacerlo, ese no es el motivo de esta convocatoria. Hemos discutido esta cuestión y nuestros invitados tienen constancia de que el tema de las emergencias móviles siempre nos ha preocupado, no solamente por los aspectos económicos sino también por lo relativo a la asistencia de la gente.

Por último, quiero recordar que la Comisión cuenta con el material que ustedes nos han brindado, incluido el CD que nos proporcionaron el año pasado. Personalmente, quiero proponer que la versión taquigráfica de esta sesión sea enviada al Ministerio de Salud Pública porque me parece que contiene insumos que son de recibo para habilitar ese período de discusión que ustedes solicitan.

SEÑOR MUNIZ.- Antes de retirarnos, queremos entregar un documento para que se presente en otros ámbitos ya que no se logró seguir trabajando en el Ministerio de Salud Pública.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos su presencia.

(Se retira de Sala la delegación de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles)